Ein Fall von Sclerodermie

(sog. Scleroderma adultorum)

bei einem Kinde von 3/4 Jahren; nebst einer Statistik der bis zum Jahre 1881 (inclusive) publicirten Fälle von Sclerodermie.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der hohen

Medicinischen Facultät der Universität Rostock

eingereicht

von

Fritz Barth, pract. Arzt

aus DRESDEN.

Im Juli 1882.

Ein Fall von Sclerodermie

(sog. Scleroderma adultorum)

bei einem Kinde von 3/4 Jahren; nebst einer Statistik der bis zum Jahre 1881 publicirten Fälle von Sclerodermie.

Wenn schon Fälle von Zellgewebsverhärtung an sich nicht zu den häufigen Erscheinungen gehören[1]), so gilt dies insbesondere von denjenigen, welche bei Kindern nach Ablauf der ersten zwei bis drei Lebenswochen beobachtet werden. Die Zahl solcher Fälle ist jetzt eine nur sehr geringe[2]). Schon aus diesem Grunde dürfte die in Nachstehendem mitgetheilte Krankheitsgeschichte, welche über die Zellgewebsverhärtung bei einem Kinde von 9 Monaten berichtet, von einigem Interesse sein. Es kommt hinzu, dass der betreffende Fall, welchen ich durch die Güte des Herrn Professor Dr. Uffelmann in Rostock zu verfolgen Gelegenheit erhielt, auch in Bezug auf seinen Verlauf manches Bemerkenswerthe darbietet. Einige Aehnlichkeit hat er mit demjenigen, welchen vor einigen Jahren Dr. P. Cruse in der Petersburger medic. Zeitschrift (1875, V. Bd. pag. 306) mittheilte, weicht aber doch auch von diesem in vielen wesentlichen Punkten ab.

Hier lasse ich zunächst die Krankengeschichte folgen:

Elisabeth Griefahn, von gesunden Eltern stammend, wurde am 7. März 1880 als gesundes Kind geboren und entwickelte sich an der Mutterbrust in völlig normaler Weise. Als die Mutter nach Verlauf der ersten vier Wochen keine Nahrung mehr hatte, wurde das Kind mit Kuhmilch und Maizena ernährt, erkrankte aber bei dieser Ernährung mehrmals an leichteren Verdauungsstörungen. Zu Anfang des Monats Sep-

---

1) cf. Anhang No. 9.

2) cf. Anhang No. 7 und No. 8.

tember 1880 wurde es aber von einer schweren *Gastroenteritis acuta* befallen, die der Arzt mit Haferschleimsuppen-Diät, Opiaten und anderen Medicamenten behandelte. Das Kind kam während dieser Krankheit ausserordentlich herunter; am 24. September bot es das vollständige Bild des *Hydrocephaloids* dar. Von diesem Tage ab kam es in die Behandlung des Herrn Professor Uffelmann und von diesem wurde statt des bisherigen Haferschleims Flaschenbouillon von Rindfleisch in häufigen kleinen Gaben, ausserdem Griessuppe mit einem Viertheil gekochter Kuhmilch versetzt, und Tokayerwein verordnet, ein Medicament jedoch nicht mehr gereicht. Der Zustand besserte sich allmälig und am 4. October 1880 konnte das Kind als genesen angesehen werden. Es blieb auch gesund bis zum 1. November, und keine Spur irgendwelcher Nachtheile des überstandenen Leidens wurde bemerkt. Da entwickelte sich unter plötzlich auftretender Unruhe des Kindes, die des Nachts um Wesentliches stieg, eine beträchtliche Geschwulst des oberen Augenlides rechterseits, deren Auftreten die Eltern veranlasste auf's Neue ärztliche Hilfe zu erbitten. Am genannten Tage, dem 1. November 1880, bot sich folgender *Status praesens* dar:

Das Kind zeigt sich gut genährt, von der früheren Abmagerung ist absolut nichts mehr wahrnehmbar; Gesichtsfarbe roth; Athmung beschleunigt; Puls 102; Temp. 36,8; Herztöne rein; Appetit ist gut — es werden 1500 cbcm Milch *pro die* genossen; Stühle täglich zweimal, consistent; Urin färbt die Leinwand intensiv gelblich. Der rechte Bulbus ist ein wenig abwärts gedrängt und prominirend, nach dem äusseren Augenwinkel hin stark ecchymosirt; das obere Augenlid sieht bläulichroth aus, ist ungemein stark geschwollen, kann jedoch bewegt werden. Der linke Bulbus ist ebenfalls nach dem äusseren Augenwinkel hin ecchymosirt, doch bei Weitem geringer als der rechte. Das linke obere Augenlid ist ein klein wenig geschwollen. Das Zahnfleisch über den oberen und unteren Schneidezähnen, welche in der Gesammtzahl von acht zum unmittelbaren Durchbruch stehen, ist ebenfalls stark geschwollen, intensiv livid gefärbt, bei Berührung sehr empfindlich und blutend. Da das Kind beim Bewegtwerden schreit, so wird es weiter unter-

sucht und es stellt sich heraus, dass die Hautpartien rechts wie links unter der Achselhöhle, jederseits in der ungefähren Ausdehnung eines Kartenblattes, auf Druck stark empfindlich sind, ohne eine Spur von Röthung zu zeigen, sich derb und hart anfühlen und zwar, ohne dass dabei crepitirendes Geräusch entsteht und dass sie nicht in Falten gelegt werden können. Sonst ist am Kinde nichts Abnormes zu finden.

Es wird ordinirt: *Ol. Amygdal. dulc.* auf die geschwollenen Partien — warmes Verhalten — Watte auf die Seiten des Thorax.

Am 3. November: rechtes Augenlid noch mehr geschwollen, mehr röthlich als blau. Linkes Auge mehr ecchymosirt. Sonstiges Allgemeinbefinden unverändert; Temp. 36,9.

Am 4. November: Oberes rechtes Augenlid so stark geschwollen, dass es das untere fast berührt, mattrosenroth gefärbt. Die Härte unter der Axilla hat sich beiderseits verbreitert; dazu fand sich jetzt noch: Schwellung und Härte der Haut über dem linken *Condylus internus femoris* sowie über dem linken Glutaeenbezirke und zwar genau in der Weise wie am Thorax. Das Kind war ungemein unruhig des Nachts, ja fast völlig schlaflos; Appetit etwas über 1000 cbcm Milch; Stuhl consistent. Es bestanden starke Schweisse, besonders am Kopfe; Urinsecretion vermindert; Temp. 36,9; Puls 116; Respiration oberflächlich, aber rhythmisch.

Am 5. November: Rechtes Auge unverändert, ebenso das linke. *Gingiva* noch stark geschwollen und livide; drei Zähne oben, einer unten durchgebrochen; die Haut über dem Thorax wie am 4. h. m. Die Härte über dem *Condylus int. fem.* hat sich über das ganze Knie vorn und hinten ausgedehnt. Dazu hat sich neu hinzugesellt Härte und Schwellung beider Wangen in reichlich Guldenstückgrösse; Härte und Schwellung beider Vorderarme im unteren Drittel der Extensorenfläche und zwar mit erythematöser Röthung der Haut und Lichenbildung. Grosse Unruhe dauert an; Temp. 38,0; Puls 116; Resp. oberflächlich, aber rhythmisch; Appetit unverändert, reichlich 1000 cbcm Milch; Stuhl wie früher.

Es wird ordinirt: *Ol. amygdal. dulc.* — Einwicklung der betreffenden Stellen mit Watte. — *Pulv. magnes. cum Rheo,* 3 Mal täglich eine Messerspitze voll.

Am 6. November: Oberes rechtes Augenlid etwas weniger geschwollen, schwach gelblich roth gefärbt. Der Augapfel steht noch nach abwärts und ist noch ecchymosirt, doch schwächer als zuvor; aber es sind neue Ecchymosen am unteren rechten Augenlid aufgetreten. Die Ecchymose am linken Bulbus ist verschwunden, desgleichen die Schwellung des oberen linken Augenlides. Die Härte über dem Thorax ist heute weniger ausgedehnt; diejenige über dem linken Knie unverändert; diejenige über den Glutaeen der linken Seite gänzlich verschwunden. Neu ist hinzugekommen eine starke Ecchymosirung der linken Inguinalgegend nahe unterhalb des *Ligamentum Poupartii;* ferner deutlich fühlbare Härte und Schwellung der beiden Unterschenkel im alleruntersten Viertheil derselben, jedoch ohne Röthung und ohne Glanz, genau so wie anfänglich am Thorax. Das Allgemeinbefinden ist dasselbe.

Am 7. November: Oertlich *status idem* wie am 6. Nov. Unruhe etwas geringer; Appetit nicht voll 1000 cbcm Milch; Temp. 37,7, Puls 108; die Kopfschweisse sind jetzt ungemein heftig geworden, so dass das Kopfkissen stets nass ist.

Am 8. November: Das obere rechte Augenlid ist gelblich gefärbt mit schwach grünlicher Nüance, etwas weniger geschwollen als am 6. h. m. und wird beim Aufwärtsbewegen nunmehr in eine Falte gelegt; das untere Augenlid zeigt noch immer eine bläuliche Färbung. Die Gingiva ist unverändert; der fünfte Zahn ist durchgebrochen. Die Härte auf beiden Wangen ist dieselbe geblieben wie am 6. November, dazu erscheint heute noch die Nasenspitze etwas geschwollen. Die Härte am Thorax ist verschwunden und kann die Haut daselbst überall in Falten gelegt werden; an den Vorderarmen besteht dieselbe Härte wie früher noch fort, während die Härte am linken Knie sich nach aufwärts auf die Rückseite des Oberschenkels und abwärts auf die Wadenfläche ausgedehnt hat. Beide Beine werden nur wenig bewegt, überhaupt scheint das Kind viele Schmerzen zu haben, da es ausser der grossen, namentlich nächtlichen Unruhe vielfach

und hauptsächlich bei leiser Berührung die Hände krampfhaft faltet und ringt. Temp. 36,9; Puls 110; Athmung nicht beschleunigt, gleichmässig; Appetit gut, 1000 cbcm Milch und die Bouillon von 1/2 Pfund Kalbfleisch; Stuhl ist retardirt; der Schweiss ist noch ungemein stark; Urin noch immer sparsam.

Ordinirt wird: *Ol amygdal. dulc.* — Watteeinwickelung. — *Kal. jod.* 0,45 : 70,0, 4 mal *pro die* 1 Theelöffel voll.

Am 9. November: *status idem.*

Am 10. November: *status idem.*

Am 12. November: ist das obere rechte Augenlid bis auf einen kleinen Rest abgeschwollen, dabei schwach gelblich grün verfärbt; desgleichen das untere rechte Augenlid und die linke Inguinalgegend. Die *Gingiva* ist jedoch unverändert geblieben; Wangen und Nase sind wieder frei; die Vorderarme nur noch wenig geschwollen, aber auf Berührung noch immer ziemlich empfindlich; das linke Knie ist frei, während die Hinterfläche des Oberschenkels und die Wade noch hart und geschwollen sich präsentiren; die Partie oberhalb des Fussgelenkes ist gleichfalls noch geschwollen und derb anzufühlen, dabei ziemlich empfindlich. Jetzt sind auch die Dorsalseiten beider Füsse in Mitleidenschaft gezogen, d. h. geschwollen, derb und empfindlich. Die sonstige grosse Unruhe hat heute etwas nachgelassen; Temp. 36,8; Puls 106; Athmung nicht beschleunigt; Appetit gut, 1250 cbcm Milch, Bouillon von 1/2 Pfund Rindfleisch *pro die*; Stuhl noch immer retardirt; der heftige Schweiss hat sich verringert; Urin etwas mehr.

Ordination bleibt dieselbe.

Am 14. November findet sich sonst Alles unverändert, nur ist neu hinzugekommen Härte und Schwellung an der Aussenfläche des linken Femur.

Ordination dieselbe.

Am 17. November: Heute ist das rechte obere Augenlid entschieden nicht mehr abnorm gefärbt, jedoch noch immer um Weniges ödematös; der Bulbus hat jetzt nahezu seine normale Stellung wiedererlangt; die *Gingiva* ist unten nur noch wenig geschwollen, oben hingegen unverändert. Es ist der sechste Zahn durchgebrochen. Die Vorderarme sind fast

völlig frei; die linke Wade gänzlich befreit, während die Partie oberhalb der Malleolen und die Dorsalseite der Füsse dasselbe unveränderte Bild zeigen, desgleichen die Aussenseite des *Femur sinistrum*. Allgemeinbefinden: die Unruhe ist jetzt mässig; Temp. 37,0; Puls 108; Athmung normal; Appetit gut, 12—1300 cbcm Milch, Brühe von 1/2 Pfd. Rindfleisch; der Schweiss ist nur noch kaum bemerkbar.

Es bleibt dieselbe Ordination.

Am 20. November: *Status* nicht wesentlich verändert. Temperatur: 37,1.

Am 23. November: An der äusseren d. h. lateralen Fläche des unteren Viertheils der beiden Unterschenkel ist noch Härte wahrnehmbar; nicht mehr auf der Dorsalfläche der Füsse und am *Femur sinistrum*. Das rechte obere Augenlid ist noch immer um ein ganz Geringes geschwollen; das Zahnfleisch über den oberen Schneidezähnen noch immer livide und geschwollen. Im Allgemeinen ist das Kind jetzt viel munterer als sonst, schläft besser, lacht vielfach während des Tages; der Schweiss ist gänzlich geschwunden; Temp. 37,3; Puls 100; Appetit wie früher; Stuhl grüngelb und retardirt.

Es bleibt dieselbe Ordination, d. h. Jodkalilösung wird fortgesetzt, ebenso die Watteeinwickelung um die Unterschenkel.

Am 26. November: *Status idem* wie am 23. h. m.

Am 29. November: Die Härte in dem unteren Theile der beiden Unterschenkel zeigt sich noch oberhalb der *Malleoli extern.* und an der Vorderfläche, sonst aber ist sie verschwunden. Das Kind beugt jedoch die Beine noch sehr wenig und scheint noch immer Schmerzen zu haben, da es auch jetzt noch die Hände beim Berühren der Extremitäten krampfhaft faltet und laut schreit. Auf's Neue ist aufgetreten eine geringe Härte an der Aussenfläche des linken *Femur* und auf beiden Vorderarmen nahe den Handgelenken. Das Allgemeinbefinden ist im Wesentlichen unverändert.

Am 2. December: Oertlich nichts verändert. Allgemeinbefinden gut; Temp. 36,9.

Am 5. December: Rechtes oberes Augenlid noch immer ein klein wenig geschwollen, ebenso das Zahnfleisch über den oberen Schneidezähnen; der siebente und achte Zahn ist

durchgebrochen. Die Härte an den Unterschenkeln und an den Vorderarmen besteht noch fort, ist aber eher im Abnehmen begriffen. Allgemeinbefinden: das Kind ist wieder mehr unruhig als bisher, es schreit vielfach am Tage und besonders in der Nacht; Temp. 37,0; Appetit = 1200 cbcm Milch, dazu täglich 4 mal einen Theelöffel Ungarwein; Stuhl noch retardirt, am *anus* eine kleine Schrunde bemerkbar.

Am 8. December: *Status idem*, Temp. 37,0.

Am 12. December: Die Härte ist nur nach oberhalb der beiden *Malleolen* zu fühlen.

Am 16. December: Das Kind schläft jetzt wieder leidlich gut, lacht auch am Tage vielfach; Appetit = 1500 cbcm Milch; Stuhl retardirt.

Ordination: es wird *Kal. jod.* weggelassen, die Watteeinwickelung jedoch fortgesetzt.

Am 19. December: Allgemeinbefinden gut, die Nächte aber sind auf's Neue wieder etwas unruhiger, auch ist der Appetit geringer, höchstens 1000 cbcm Milch *pro die*. Die Härte oberhalb der *Malleolen* ist entschieden im weiteren Abnehmen begriffen und neue Härte ist nirgends zu finden.

Am 22. December: Es ist eine deutlich wahrnehmbare neue Härte längs der Aussenseite beider Unterschenkel bis zum Knie hinauf eingetreten. Das Kind ist viel unruhiger als sonst, namentlich des Nachts, schreit sehr viel; auch haben sich die Schweisse wieder eingestellt. Temp. 36,7; Appetit kaum 800 cbcm Milch.

Ordination: *Kal. jod.* wie früher; ebenso Watteeinwickelung.

Am 26. December: Die am 22. h. m. aufgetretene Härte an der Aussenseite beider Unterschenkel ist fast gänzlich wieder verschwunden, auch in der Gegend der *Malleolen* ist kaum noch etwas Abnormes zu spüren. Dagegen erscheint das Zahnfleisch oberhalb der zwei oberen rechten Schneidezähne ulcerirt und stark geschwollen, ohne dass foetider Geruch aus dem Munde wahrzunehmen. Das Kind ist wieder ruhiger; die Schweisse haben nachgelassen; Temp. 37,3; Nahrung 1,2 Liter Milch, 3 mal *pro die* 1 Theelöffel voll Wein; Körpergewicht am 24. h. m. 7050 gr; Stuhl sehr hart und stückig.

Ordination: *Tinct. Rhei aquos.* 20—30 Tropfen täglich und Boraxlösung um das Zahnfleisch zu pinseln.

Am 30. December: Jede Härte ist geschwunden; das Zahnfleisch noch livide, geschwollen, an der bezeichneten Stelle ulcerirend; auch jetzt ist kein fötider Geruch wahrnehmbar. Allgemeinbefinden gut; Aussehen kein krankhaftes; Temp. 37,5; Appetit = 1250 cbcm Milch; Stuhl trotz Rheum hart. Das Kind lässt sich wieder auf dem Arm tragen, freut sich über Weihnachtsspielsachen, weint wenig, schläft gut.

Am 2. Januar 1881: Das Kind ist wohl und munter; nur das Zahnfleisch erscheint noch etwas livid und geschwollen, die ulcerirende Stelle desselben aber ist im Umfange verkleinert.

Temperatur:	1. Januar	1881	37,1
	2. „	1881	37,2
	3. „	1881	37,1
	4. „	1881	37,9
	5. „	1881	37,0

Am 5. Januar betrug das Gewicht des Kindes: 7460 gr, mithin hatte seit der letzten Wägung (24. December 1880) eine Gesammtzunahme von 410 gr innerhalb 12 Tagen stattgefunden, also *pro die* circa 34 gr, welche Zunahme für eine recht günstige und schnell verlaufende Reconvalescenz spricht, denn ein Kind dieses Alters würde im normalen Zustande höchstens 7—10 gr pro Tag zunehmen können. — Von jener Zeit ab gedieh das Kind im Allgemeinen in jeder Weise gut und waren nie irgendwelche Spuren der durchgemachten Erkrankung zu bemerken oder traten etwa irgend welche neue Krankheiten auf. Noch im Anfang Mai 1881 machte das Kind einen höchst gesunden Eindruck und zeigte insbesondere eine völlig befriedigende Entwicklung.

An dem vorliegenden Falle bietet schon die Anamnese manches Interessante; wir haben es mit einem Kinde zu thun, bei dem die Krankheit sich entwickelte, als es circa acht Monate alt war. Es hatte während der ersten Zeit seines Lebens in jeder Beziehung gut zugenommen und bis dahin absolut keine Symptome irgend einer Krankheit gezeigt; dann traten jedoch leichtere Verdauungsstörungen auf, deren Ursache wohl in der Darreichung von Kuhmilch und Maizena

gesucht werden darf. Höchst wahrscheinlich unter dem Einflusse der sehr hohen Temperatur des Monats September 1880 entwickelte sich dann bei dem halbjährigen Kinde Brechdurchfall, der das Leben des Kindes schwer gefährdete, die Kräfte stark herunterbrachte und so möglicherweise prädisponirend in Bezug auf die spätere Krankheit wirkte. Ich werde hierauf weiter unten des Näheren eingehen, bemerke aber an dieser Stelle, dass das Kind von der *Gastroenteritis* vollständig genesen war, ja an Gewicht nicht unerheblich wieder zugenommen hatte, als die neue Krankheit hereinbrach. Am 10. October, als es bereits 6 Tage aus der ärztlichen Behandlung entlassen war, wog es 6750,0 gr — vorher waren Wägungen nicht gemacht worden — am 24. October aber betrug das Gewicht 7455,0 gr, so dass also binnen 14 Tagen eine Zunahme von 705,0 gr, d. h. pro Tag im Durchschnitt von 50,0 gr stattgehabt hatte. Das Kind gedieh von der Zeit seiner Genesung an also durchaus gut und zeigte während fast voller 4 Wochen nicht die geringsten Erscheinungen irgend welcher Krankheitsresiduen, insbesondere keine Durchfälle, noch auch Andeutungen eines sich neuentwickelnden Leidens; es hatte gesunde, rothe Gesichtsfarbe wiedererlangt, war auch sonst munter und aufgeweckt; der Appetit war gut; Stuhlgang und Urinsekretion normal. Auf einmal, nachdem also beinahe 4 Wochen nach jener *Gastroenteritis* verflossen, stellten sich die Symptome der *Sclerodermie* ein. Denn die ganze Art und Weise der Entwicklung der Verhärtung und deren eigenthümliche Beschaffenheit, die bei *Sclerema neonatorum* in einer kalten, *ödematösen Infiltration* der Haut besteht, welche meist über den grössten Theil des Körpers fortkriecht, während die *Sclerodermie* eine inselförmige Ausbreitung von derber, unnachgiebiger Beschaffenheit mit mehr oder weniger scharfer Begrenzung zeigt [1]), spricht entschieden nur für *Sclerodermie*, wobei ich in der Namensbezeichnung mich ganz an diejenige Cruse's anschliesse [2]). Ebenso muss es ja, wie ich beiläufig bemerken will, ferne liegen an ein *Sclerem* zu denken, wie man es oft-

[1]) Schmidt's Jahrbücher 1879. Bd. 182. pg. 159.

[2]) Petersburger med. Zeitschrift 1875. Bd. V. pg. 306.

mals während der *Cholera infantum* beobachtet, denn es lagen hier 4 Wochen völligen Wohlbefindens des Kindes zwischen den beiden Krankheitserscheinungen.

Was nun die locale Affection anlangt, so zeigten sich zunächst die Bulbi der Reihe nach, erst der rechte dann der linke, stark *ecchymosirt;* dazu gesellte sich eine deutliche Verfärbung der Augenlider, welche anfangs bläulich roth erschienen und später einen Farbenwechsel durchmachten, indem sie bald mehr röthlich, dann schwach gelblich röthlich und schliesslich gelblich grün erschienen. Es präsentirte sich ferner das Zahnfleisch livid gefärbt. Die zu derselben Zeit unter beiden Achselhöhlen bemerkte Härte zeigte jedoch keine Spur von Röthung oder auffälliger Verfärbung. Die am fünften Tage neuauftretende Verhärtung an den Vorderarmen zeichnete sich vor jener früher unter den Achselhöhlen bemerkten aus durch ihre erythematöse Röthung. Bald stellten sich starke Ecchymosirungen der linken Inguinalgegend ein, während gleichzeitig auftretende Härten an den Unterschenkeln absolut keine Verfärbung und Glanz aufwiesen, sondern genau so erschienen, wie jene ersten am Thorax. Nach Verlauf von im Ganzen 17 Tagen zeigten sich sämmtliche Augenlider wieder ohne jede Färbung während die Gingiva noch völlig unverändert livid geblieben war. Die bläuliche Färbung der linken Inguinalgegend und die erythematöse Röthe der Vorderarme hatte in's Gesammt 7 Tage gebraucht, um zum Verschwinden zu gelangen. Andere harte Stellen, welche sich sowohl an den Ober- und Unterschenkeln, sowie Wangen und Nase nach und nach präsentirten, waren und blieben ohne jedes Colorit. — Geschwollene Lymphdrüsen konnten niemals an irgend einer Stelle entdeckt werden.

In Bezug auf die Verhärtung und Schwellung der einzelnen Hautpartien gestaltete sich das Bild der Reihe nach in folgender Weise: Zuerst wurde eine höchst intensive Geschwulst des rechten oberen Augenlides bemerkt, die bald so zunahm, dass sie fast das untere Augenlid berührte; zugleich verband sich hiermit ein Abwärtsgedrängtsein und eine Prominenz des rechten Bulbus; das linke obere Augenlid zeigte anfänglich nur eine ganz minimale Schwellung.

Nach Verlauf von 6 Tagen begann jedoch das rechte obere Augenlid bereits wieder abzuschwellen und bald war es demselben wieder möglich bei Bewegung sich in eine Falte zu legen; die Geschwulst des linken oberen Augenlides hingegen war schon gänzlich wieder verschwunden. — Nach anderen 6 Tagen war dann auch am rechten oberen Augenlide nur noch eine höchst geringfügige Schwellung mehr wahrnehmbar, und zwar verblieb es in diesem Zustande fast bis zur Genesung des Kindes hin. Zur gleichen Zeit mit der Schwellung der Augenlider stellte sich eine Geschwulst des Zahnfleisches sowohl oben wie unten in ganz erheblichem Grade ein, welche ungefähr 14 Tage lang in gleichbleibender Intensität anhielt. Dann schwoll jedoch das untere Zahnfleisch wieder ab, während das obere selbst beim Schwinden aller übrigen Krankheitserscheinungen noch immer livid und geschwollen verblieb. Ebenso zeigte sich gleich am ersten Tage unter den beiderseitigen Achselhöhlen in der Ausdehnung eines Kartenblattes Verhärtung der Haut, deren scharfe Grenzen sich sehr bald weiter ausbreiteten. Kurze Zeit darnach wurde Schwellung und Härte der Haut über dem linken Glutaeenbezirke bemerkt, sowie über dem linken *Condylus internus femoris,* und zwar verbreiterten sich die anfänglichen Grenzen der Verhärtung letzteren Gebietes ebenfalls sehr bald. Nach 5 Tagen hatten sich dieselben vom Knie aufwärts auf die Dorsalseite des Oberschenkels und abwärts auf die Wadenfläche erstreckt. Desgleichen wurde Härte und Schwellung beider Wangen und zwar in scharfer Umgrenzung von Gulden- bis Thalergrösse bemerkt, ebenso waren beide Vorderarme im unteren Drittel der Extensorenfläche ergriffen und auch hier zeigte sich die Härte genau umgrenzt. Nicht lange nachher wurden auch beide Unterschenkel im untersten Viertheil in Mitleidenschaft gezogen und zwar gleichfalls wieder in scharfer Begrenzung; darauf waren es die Dorsalseiten beider Füsse, welche sich dem Processe anschlossen, dann die Aussenseite des linken Femur. Ferner ist noch erwähnenswerth, dass nach diesem die schon seit circa 8 Tagen befreit gewesenen Vorderarme auf's Neue in nächster Nähe der Handgelenke befallen wurden. Die Grenzen der Verhärtung am Thorax (Achselgegend) verringerten sich bereits am sechsten Krank-

heitstage, und war am achten Tage überhaupt hier keine Härte mehr zu constatiren; ebenso wich dieselbe bereits nach 3 Tagen völlig über den linken Glutaeen. Die Härte und Schwellung der Wangen, der Nase und des linken Knies währte ungefähr 8 Tage, dann war auch an diesen Stellen nichts mehr davon zu bemerken; nur weniges länger brauchten die Vorderarme und die linke Wadengegend um wieder die normale Beschaffenheit zu bieten. Noch etwas hartnäckiger erwies sich die Verhärtung oberhalb der lateralen Malleolen, welche selbst in der letzten Woche der Krankheit, wenn auch nur in geringem Masse, noch nachweisbar war. Die in der letzten Periode der Krankheit wiedergekehrte Härte an der Aussenseite des linken Femur und den beiden Vorderarmen war sowohl nach ihrer Intensität, als nach der Zeit ihres Bestehens nicht von grossem Belange. Am Schlusse des Jahres, also nach Ablauf von 8 Wochen, waren sämmtlich verhärtet gewesene Partien völlig befreit; nur das obere Zahnfleisch blieb noch immer ein wenig livid und geschwollen.

Was nun die Art und Weise der Härte selbst an den betreffenden Stellen angeht, so ähnelt sie darin dem von Cruse beschriebenen Fall, dass auch hier es unmöglich war, nach einem Fingereindruck die geringste Vertiefung zu beobachten, selbst anfänglich nicht, wie dies Hennig in Gerhardt's Handbuch über Kinderkrankheiten behauptet[1]); auch eine Faltenbildung über irgend einer der ergriffenen Stellen war unmöglich. Beim Betasten hatte man den Eindruck, als habe man ein mässig hartes Polsterkissen unter dem Finger, und dabei war ich niemals im Stande trotz genauer und wiederholter Untersuchung auch nur die leiseste Spur einer Crepitation, eines Knisterns beim Befühlen der verhärteten Hautpartien zu constatiren, wie dies sowohl Cruse als auch Köbner[2]) in je einem Falle thaten. Ebenso konnte ich entgegen der Beobachtung Cruse's im Wesentlichen nie eine Abschilferung des Epithels, noch einen Glanz der betroffenen Stellen wahrnehmen; nur nach der allerletzten

---

[1]) Dr. C. Gerhardt, Handbuch für Kinderkrankheiten 1877. II. Bd. pg. 143.

[2]) Jahresbericht v. Virchow und Hirsch, Jahrg. 1868 Bd. II. pg. 552.

Schwellung längs der Aussenfläche der Unterschenkel liess sich eine ganz geringe und unbedeutende Schilferung bemerken. Höchst erwähnenswerth und wohl auch von Bedeutung scheint es mir zu sein, dass sämmtliche verhärtete Hautpartien ungemein schmerzhaft und empfindlich waren, so dass schon die allerschonendste Berührung die lebhaftesten Schmerzensäusserungen hervorbrachte. Die Temperatur der Haut war nur an den Unterschenkeln ein wenig, sonst nicht herabgesetzt.

In den Beobachtungen der Körpertemperaturen ferner scheint mir der vorliegende Fall auch wesentlich von dem von Cruse veröffentlichten abzuweichen, wenn anders Cruse seine Temperaturen nicht im *rectum* gemessen hat, worüber er nichts angiebt. Cruse fand, dass sich die Temperatur immer auf 38,0 mit ziemlicher Constanz erhielt, während in unserem Falle die Temperaturen, welche in der Achselhöhle gemessen wurden, sich folgendermassen gestalten:

Am	1.	November	1880: Temperatur:	36,8
„	3.	„	„ „	36,9
„	5.	„	„ „	38,0
„	6.	„	„ „	37,2
„	7.	„	„ „	37,7
„	8.	„	„ „	36,9
„	12.	„	„ „	36,8
„	14.	„	„ „	37,0
„	20.	„	„ „	37,1
„	23.	„	„ „	37,3
„	2.	December	„ „	36,9
„	5.	„	„ „	37,0
„	8.	„	„ „	37,0
„	22.	„	„ „	36,7
„	23.	„	„ „	36,9
„	24.	„	„ „	36,9
„	26.	„	„ „	37,3
„	30.	„	„ „	37,5
„	1.	Januar	1881: „	37,1
„	2.	„	„ „	37,2
„	3.	„	„ „	37,1
„	4.	„	„ „	37,9
„	5	„	„ „	37,0

In Bezug auf den Puls muss ich bemerken, dass auf diesen wenig Werth gelegt werden kann, da das Kind beim Erscheinen des Arztes allemal in eine ganz auffällige Unruhe und Aufregung gerieth und lange Zeit in derselben verblieb. — Der Appetit der kleinen Patientin war ein verhältnissmässig auffallend guter während der ganzen Krankheit. Das Kind, welches in der Reconvalescenz nach der *Gastroenteritis* täglich die bedeutende Menge von 2000,0 Cbcm. Milch zu sich nahm, genoss in der neuen Krankheit im Durchschnitt 1000 — 1200 Cbcm. Milch *pro die* und vom achten Krankheitstage an dazu noch die Brühe von 1/2 Pfd. Rind- oder Kalbfleisch, ausserdem gegen Ende der Krankheit noch 4mal täglich 1 Theelöffel Ungarwein. Nur während einiger kurzen Intervalle war das Tagesquantum ein geringeres, und dies traf fast immer mit Nachschüben und stärkerer Unruhe zusammen.

Ein anderer wichtiger Punkt ist es, welcher vorliegenden Fall wesentlich nicht allein von dem Cruse'schen unterscheidet, sondern auch von den mir sonst aus der Literatur bekannten, nämlich dass ich nie die leiseste Andeutung von *Diarrhoë* zu verzeichnen hatte, sondern im Gegentheil, nachdem 8 Tage lang die Stühle völlig normal gewesen, eine allmälig sich steigernde Obstruction eintrat. Die Färbung der Stühle bot nichts Auffälliges. Nicht unberücksichtigt kann ich ferner die reichlichen Schweissabsonderungen lassen, welche ich ebenfalls bei dem Cruse'schen und den meisten anderen publicirten Fällen vermisse; dieselben traten namentlich am Kopfe auf und waren oft so intensiv, dass das Kopfkissen gänzlich durchnässt gefunden wurde. Diese Schweisse dauerten fast die ersten 4 Wochen der Erkrankung über an mit nur geringen Nachlässen, während welcher Zeit die Urinsekretion auffällig vermindert blieb.[1]) Harn zur näheren Untersuchung konnte nicht aufgefangen werden.

Die Respiration war am ersten Krankheitstage etwas beschleunigt, dann aber wurde sie oberflächlich *(Verson)*, war dabei aber immer rhythmisch, und nie konnte ich bemerken, dass es dem Kinde beschwerlich falle zu athmen,

[1]) Gerhardt, Handbuch f. Kinderkrankh. II. pg. 144. 1877.

noch war dabei ein Aechzen zu vernehmen, wie dies anderweitig beobachtet wurde.[1]) Am achten Tage der Krankheit war die Athmung bereits völlig normal und blieb so während des ganzen weiteren Verlaufes. An dem Tone des allerdings sehr häufigen Schreiens konnte ich gleichfalls nie etwas Schneidendes oder Pfeifendes *(Dorfmüller)*[2]) finden; nie war er erhöht, auch existirte niemals Heiserkeit *(Verson)*[3]), noch je eine Spur von Husten.

Was nun den Ausgang der Krankheit im vorliegenden Falle anlangt, so bin auch ich im Stande, gleichwie Cruse es in 3 Fällen vermochte, eine völlige Genesung zu berichten und zwar nach Verlauf von genau 8 Wochen. Dass das Zahnfleisch noch um weniges geschwollen und livid verblieb, kann wohl unmöglich hindern das Kind sonst von der eigentlichen schweren Affection als genesen zu betrachten. Noch möchte ich bemerken, dass auf den so günstigen Ausgang jedenfalls von Einfluss die dauernd gute Ernährung des Kindes gewesen sein muss.

In Bezug auf die *Actiologie* des vorliegenden Falles geben auch wir hiermit einen Beitrag zu der schon andererseits gemachten Beobachtung, dass nämlich die *Sclerodermie* vorzugsweise bei Personen weiblichen Geschlechts vorkommt[4]). Worin diese Bevorzugung ihren Grund habe, lässt sich auch aus unserem Falle nicht entnehmen. Als äusserliche Krankheitsursache kann für denselben die Einwirkung von Kälte durchaus nicht angenommen werden; dieselbe ist ja für viele Fälle, anscheinend mit voller Sicherheit, als Ursache nachgewiesen; man hat sogar theoretisch den Beweis der Einwirkung dieses Momentes zu erbringen gesucht. Ich erinnere nur an die interessanten Bemerkungen von A. W. A. Stütz, welche dieser an eine Beobachtung einer Zellgewebsverhärtung anschliesst[5]) [6]). Derselbe sucht die Krankheit uranfänglich

[1]) ibid. II. pg. 144.

[2]) Stark's Neues Archiv für Geburtshülfe Bd. III. St. 1.

[3]) Verson: Der Arzt am Krankenbette der Kinder. 1838. I.

[4]) cf. Anhang.

[5]) D. Carl Bernhard Fleisch, Handbuch über die Krankheiten der Kinder und über die medic.-phys. Erziehung derselben bis zur Mannbarkeit. 1803. I. pg. 467 sq.

[6]) A. W. A. Stütz: Hufeland's Journal. Bd. XIV. St. 4. pg. 32.

von einer krampfhaften Spannung und Ausdehnung des Zellgewebes oder einzelner Zellen desselben abzuleiten. Dass das Zellgewebe als solches wirklich in einen krampfhaften Zustand gerathen könne, weist er nach und meint, sobald äussere Schädlichkeiten Veranlassung geben, ergreife ein tonischer Krampf hauptsächlich das Zellgewebe. Die äussere Veranlassung des tonischen Krampfes liegt nun nach ihm vorzugsweise in der Kälte. Ebenso schliesst Auvity[1]), nachdem er alle Ursachen, welche für die Entstehung der Verhärtung des Zellgewebes aufgestellt, einer genaueren Prüfung unterzogen, seine Beobachtung mit der Bemerkung, dass die Kälte der Atmosphäre die einzig wahrscheinliche Ursache der Entstehung dieser Krankheit sei. Aehnliches sagt Doublet[2]): dass er Kälte stets als die vorzüglichste Ursache dieser Erkrankung betrachte. Derselben Ansicht sind van der Star[3]) ebenso N. Chambon[4]), P. Moscati[5]) und eine grosse Menge Anderer berühmter Beobachter.

Wenn ich trotzdem sagte, dass in dem vorliegenden Falle an eine schädliche Einwirkung der Kälte nicht zu denken sei, so muss ich vor Allem meine Behauptung darauf stützen, dass die Eltern des Kindes den besseren Ständen angehören — der Vater ist Oberingenieur — und dass sie dieses ihr Kind mit einer seltenen Genauigkeit in jeder Weise behandeln. Kalte oder nur einigermassen kältere Bäder hat das Kind nie bekommen; ebenso ist dasselbe nie an rauhen Tagen an die Luft gebracht worden, sondern nur in der besseren Jahreszeit und zwar auch dann nur an schönen, warmen Tagen, stets sorgfältig geschützt und warm gekleidet. Desgleichen ist die Wohnung der Familie eine derartige, dass auch von dieser Seite eine Einwirkung kalter oder feuchter Luft ausgeschlossen bleiben muss — dieselbe liegt nicht Parterre, sondern einen Stock hoch, dabei in ge-

[1]) J. C. L. Reddelin, Lübeck und Leipzig, 1802, Sammlung kl. Abhandlungen und Beobachtungen über die Rose der neugeborenen Kinder und die Verhärtung des Zellgewebes. pg. 96.

[2]) Journ. Médecine Novembr. 1790 pg. 268 und 1785 Avril.

[3]) van der Star. Diss. 1745 Leyden. pg. 17.

[4]) N. Chambon, Maladies des Enfants. Paris. An. VII. I. pg. 292 sq.

[5]) Weigels Ital. med. chir. Bibl. Bd. II. St. 2. pg. 85.

sündester Gegend der Stadt, ist sehr sonnig, frei und nicht im Geringsten zugig oder feucht. Ist demgemäss die Erkältung als Ursache von der Hand zu weisen, so muss desgleichen ein hereditärer Ursprung verneint werden, denn beide Eltern stammen aus völlig gesunder Familie und sind selbst gänzlich gesund; es kann daher nicht gemäss Hufeland[1]) an scrophulösem, oder wie Andere wollen an venerischem Anlass liegen. — Auch haben wir es nicht mit einem zu früh geborenen oder schwächlichen Kinde zu thun. Gänzlich fern muss es uns liegen, in den Lungen die Schuld der Erkrankung zu suchen, wie besonders von Baillie, Légendre[2]) und Hulme[3]) angenommen wurde, denn die Lungen unseres Patienten waren von der Geburt ab, sowohl während der Erkrankung selbst, als auch jetzt nach derselben völlig intact. Wir würden überhaupt nur an eine Affection der Lungen als ursächliches Moment denken können, wenn wir die Ansicht Hennig's theilten, der in seinem Aufsatz über Verhärtung des Zellgewebes sagt[4]): dass er als Endresultat — soll wohl heissen: als Wesen der Krankheit — der *Sclerosis adultorum* nur die weiter gediehenen Anfänge des *Scleroma neonatorum* erkenne. Dieser Ansicht kann ich jedoch auf Grund meiner Beobachtung nicht beipflichten.

Nach allen diesen Erwägungen bleibt mir nichts anderes übrig, als mich dahin zu entscheiden, dass in diesem Falle wohl schwerlich eine directe Ursache nachweisbar ist; prädisponirend jedoch kann von Einfluss gewesen sein: die kurz voraufgegangene schwere *Gastroenteritis*, wodurch allerdings eine wesentliche Herabsetzung des sonstigen Wohlbefindens und Ernährungszustandes herbeigeführt wurde. Es könnte aber auch die Dentition prädisponirend gewirkt haben. Man braucht deshalb nicht der Ansicht der älteren Autoren zu sein: dass dieselbe direct Krankheiten erzeuge, muss sich aber doch erinnern, dass in dieser Periode der Entwicklung viele Kinder eine gewisse Vulnerabilität, verminderte Wider-

---

1) Hufeland: Abhandlg. über Scrophelkrankh. pg. 21.

2) Gerhardt, Handbch. f. Kinderkrankh. 1877. II. pag. 154.

3) Nathan Hulme. Mém. de la Soc. de Méd. Tom. VIII. pg. 403 sq. Reddelin 1882. pg. 88.

4) Gerhardt. II. Bd. pg. 152.

standskraft und vermehrte Neigung zu Erkrankungen zeigen. In diesem Falle aber kommt insbesondere in Betracht, dass acht Zähne gleichzeitig zum Durchbruch standen und in kurzer Aufeinanderfolge thatsächlich durchbrachen.

Welches ist nun aber das Wesen, die eigentliche Natur der vorliegenden Krankheit?

Es stehen sich bekanntlich zwei Ansichten gegenüber[1]), deren neuere Verfechter auf der einen Seite M. Bernhard und D. Schwabach sind, welche, wie schon früher französische Forscher es gelehrt haben, die Krankheit aus einer:

Trophoneurose des ganglionären Systems

entstehen lassen, während auf der anderen Seite M. Kohn und Heller den Grund der Krankheit suchen in einer:

Stase der Lymphe in der Cutis,

welche wiederum bedingt sein kann durch:

Verdickung der Lymphflüssigkeit selbst

— oder aber durch eine:

Erkrankung der Lymphbahnen.

Welche von diesen beiden Ansichten die richtigere sei, das hier definitiv zu entscheiden, muss ich unterlassen, einfach schon aus dem Grunde, weil das hierzu nöthige pathologisch-anatomische Material mir wie vielen anderen Beobachtern mangelt. Bezüglich des von mir beschriebenen Falles jedoch möchte ich mich mehr zu der ersten Ansicht hinneigen, d. h. ich möchte eine *Trophoneurose* als Ursache annehmen. Meine Gründe hierfür sind folgende: Das Kind befand sich kurz ehe es an der *Sclerodermie* erkrankte im Zustande entschiedenster und bester Reconvalescenz, aber es hatte sicherlich noch nicht seine volle frühere Kraft wiedererlangt; dazu kam eine vielleicht in Folge der Dentition gesteigerte Empfindlichkeit des Organismus hinzu. Es lag also wohl die Möglichkeit einer *Neurose* vor. Nun traten aber gleich mit dem Beginne der Krankheit eine Reihe von Erscheinungen auf, die wir geradezu auf *Trophoneurose* beziehen können: die *Ecchymosen* und die ungemein starken *Hyperämien* des Zahnfleisches. Solche *Ecchymosen* kommen

[1]) Dr. F. v. Niemeyer's Lehrbuch der sp. Path. u. Ther. II. Bd. pg. 528. 1879.

ja bekanntlich auch beim *Erythema nodosum* vor und letzteres wird gleichfalls als eine *Trophoneurose* gedeutet. Doch soll nicht von der Hand gewiesen werden, dass andeer Fälle von *Sclerodermie* eine andere Ursache haben können; denn wenn wir die uns bekannt gewordenen Fälle dieser Krankheit übersehen, so finden wir, dass sie mit sehr verschiedenen Symptomen geschildert werden, dass sie also wahrscheinlich auch selbst nicht immer ganz gleich gewesen sind. Daher mit Entschiedenheit eine der obengenannten Ansichten als die allein richtige bezüglich der Entstehungsursache der *Sclerodermie* hinstellen zu wollen, wäre wohl nicht gerechtfertigt.

Anhang.

Statistik der bis zum Jahre 1881 publicirten Fälle von Sclerodermie.

(Bis zum Jahre 1875 ist dabei benutzt die von Dr. P. Cruse in der Petersburg. med. Zeitschrift N. F. 1875. Bd. V. pag. 307 aufgestellte Zählung.)

1) Kaposi giebt als bis zum Jahre 1869 publicirte Fälle an: 50. — 50

(Virchow: Handb. der sp. Path. u. Ther. Bd. III. Th. 2. pg. 74 sq.)

2) dazu kommen die von ihm nicht berücksichtigten 4 Fälle von:

a) Roger (Schmidt, Jahrb. der g. M. Bd. 109. pg. 105.)
b) Wagner (ibid. Bd. 126. pg. 46.)
c) Anderson } Jahresbericht v. Virchow u. Hirsch,
d) Stein } Jahrg. 1868. Bd. II. pg. 552. — 4

3) Vom Jahre 1869 an sind dann von Dr. P. Cruse (cf. Petersb. med. Zeitschrift 1875. Bd. V. pg. 307.) nach 16 neu publicirte Fälle gezählt worden, also dass bis zum Jahre 1875 die Gesammtzahl sich belief auf: 70. — 16 — 70 (Gesammtzahl b. z. J. 1875.)

Von diesen 70 Fällen nun hat Cruse (Petersb. med. Zeitschrift 1875. V.) bei 62 genauere Notizen der betreffenden Beobachter gefunden, und zwar waren von der Krankheit befallen:

12	Kinder	im Alter von	$2^1/_3$	—13	Jahren
24	Erwachsene	„ „ „	15	—30	„
11	„	„ „ „	30	—45	„
11	„	„ „ „	45	—71	„

Dazu nun fand ich vom Jahre 1875 inclusive in Schmidt's Jahrbüchern und Virchow und Hirch's Jahresberichten noch bis zum Jahre 1881 inclus. verzeichnet:

4) Im Jahre 1875 kein Fall notirt.

5) Im Jahre 1876 beobachtete James White in Boston
4 (Arch. of Dermatol. I. pg. 289. July 1875.) 4 Fälle und zwar:

1 Fall im 22. Lebensjahre
3 Fälle „ 30.—60. „

davon betrafen 3 Fälle das weibliche Geschlecht.

6) Im Jahre 1877 von Dr. Schwabach und Dr. Bernhardt
3 in Berlin (Berlin. Klin. Wochenschr. XII. 47. 1875) 3 Fälle, die Jahre 25—36 umfassend, und zwar betrafen hiervon
2 2 Fälle das weibliche Geschlecht; dazu kommen noch nach Virchow und Hirsch (Jahresb. 1877. II. 157 pg.) 2 Fälle, der eine von Siredey (Observation de sclérodermie — L'Union méd. No. 113. pg. 445), er betraf eine 30jährige Frau. Ferner ein Fall von Foot (Arthur Wynne, Notes of a case of scleroderma, Dubl. Journ. of med. Sc. July p. 5.), dieser betraf einen 36jährigen Mann.

7) Im Jahre 1878 von Dr. Dorozynski in Buczaz (Wien,
1 med. Presse XVIII 33. 1877) ein Fall bei einer 50jährigen Frau.

Sodann beobachtete P. Cruse 2 Fälle bei Kindern (cf. Petersb. med Zeitschr. 1875. V.) und (Petersb. med. Wochenschrift. 20. 1876.). Das eine Kind im Alter von 2 Tagen, das andere im Alter von 18 Tagen. — Ausserdem sind von demselben Beobachter noch 2 Fälle bekannt geworden (Schmidt, Jahrb. 1879. Bd 182. pg. 159.), über deren Alter und Verlauf ich jedoch keine Notizen finden konnte*); mit-

*) Durch einen Zufall war mir der XIII. Band des Jahrbuches für Kinderheilkunde, N. F. 1879, anfangs nicht zugänglich; in diesem Werke pg. 36, 37 sind die betreffenden Notizen über diese 2 anderen Fälle enthalten:

Das eine Kind, ein Mädchen, stand im Alter von circa 1/4 Jahr, als es zur Behandlung kam, doch soll der Anamnese nach die Verhärtung

hin sind von Cruse im Ganzen 4 Fälle publicirt und zwar betrafen davon 3 das weibliche Geschlecht. 4

Im Jahre 1878 ferner noch die beiden Fälle von Dr. Haller in Mkt. Redwitz in Bayern (Berlin. Klin. Wochenschr. XIV. 14. 1877.) und Dr. Caspari, San.-R. zu Meinberg (Deutsche Klin. Wchnschrft. IV. 12. 1878.); davon betraf der eine Fall ein 19jähriges Mädchen, der andere eine ältere Dame. 2

8) Im Jahre 1879 sind 4 Fälle verzeichnet (Virchow u. Hirsch, Jahrg. 1879, II. 513. 514.), nämlich von: 4

Mader (Vierteljahresschrift für Derm. u. Syph. V. 185.), es war ein Fall von *universeller Sclerodermie* und betraf ein 19jähriges Mädchen;

von Harley, John (A second communication on simple atrophie sclerema. Med. Chir. Transact. LXI. pg 101 und 313), dieser Fall betraf ein 20jähriges Mädchen;

von Armaignand (Sur un cas de sclérodermie. Applications des courants éléctriques continus suivie de succés. Journ. de méd. de Bordeaux No. 8 u. 9.). Der Fall betraf eine 40jährige Frau;

von Dickinson (Sclerodermie. Obstetr. Journ. Vol. IV. 1877.). Dieser Fall betraf ein 3½jähriges weibliches Kind.

9) Im Jahre 1880 konnte ich in der Literatur, speciell in Schmidt's Jahrbüchern sowohl wie in Virchow und Hirsch's Jahresberichten, keinen neuen Fall verzeichnet finden. Im Jahre 1881 ist ein einziger Fall berichtet und zwar von Silbermann (Breslau) in Virchow und Hirsch's Jahresberichten (II. Bd. pg. 628.); derselbe betraf ein 5jähriges Mädchen. 1

Mithin würde sich die Zahl der bis jetzt publicirten und genauer beschriebenen Fälle belaufen auf: 91

Geschlecht.

Abermals Cruse's Notizen (cf. Petersb. med. Zeitschr. V. Bd. 1875. pg. 313.) zu Grunde legend, fand ich bei 8

---

bereits in den ersten Lebenstagen ihren Anfang genommen haben. Das Kind war in Zeit von circa ¼ Jahr genesen.

Das andere Kind, ein Knabe, kam als es circa 6 Wochen alt war zur Beobachtung, doch soll auch hier die Hautverhärtung in den ersten Lebenstagen begonnen haben. Dieses Kind genas nach 8 Wochen Krankheitsdauer.

von jenen 70 Fällen die bis zum Jahre 1875 bekannt gegeben waren, genauere Notizen über das Geschlecht nicht vor; gleichfalls war von den restirenden 62 Fällen bei dem Falle von Bärmann und demjenigen von Henke das Geschlecht nicht angegeben. Bei den übrigen 60 Fällen stellte sich Folgendes heraus:

Von 11 Fällen von *Sclerodermie* im Kindesalter betrafen 6 das weibliche Geschlecht;

von 49 Fällen von *Sclerodermie* bei Erwachsenen betrafen 37 das weibliche Geschlecht.

Nach meinen weitergeführten Nachforschungen vom Jahre 1875 ab stellt sich das Verhältniss folgendermassen:

Von den 21 Fällen betrafen 6 das Kindesalter, von diesen betrafen 5 das weibliche Geschlecht; dagegen wurden 15 Fälle bei Erwachsenen beobachtet, und von diesen betrafen 12 das weibliche Geschlecht.

Prognose.

Auch hierbei benutze ich die bereits von P. Cruse (Petersbg. med. Zeitschr. 1875. V. Bd. pg. 311 u. 312) bis zum Jahre 1875 aufgestellten Angaben. Es mangelt wiederum jede Notiz bei jenen 8 Fällen, bei denen auch das Geschlecht nicht vermerkt ist; sodann fehlen ausführlichere Nachrichten von je 2 Fällen von Arnold und Neumann, von je einem Falle von Henke, Bärmann, Wagner, Piffard, Anderson und Fagge, so dass also nur 52 Fälle berücksichtigt werden konnten.

Von 8 acuten Fällen endeten **2** mit Tod,
4 mit völliger oder fast völliger Heilung nach Verlauf von 4 Monaten bis 1½ Jahren,
bei 2 Fällen blieb der Ausgang unentschieden.

Von 9 subacuten Fällen trat **3** mal der Tod ein,
3 „ Genesung nach Dauer von ½ — 2 Jahren,
2 „ blieb Ausgang unentschieden,
1 „ trat *Atrophie* der erkrankten Haut ein.

Von 35 chronischen Fällen endeten **10** mit dem Tode,
1 mit fast völliger Heilung nach $3^1/_2$ Jahren.
Die übrigen 24 beanspruchten wenigstens viele Monate, ja meist mehrere Jahre, worauf fast stets *Atrophie* der Haut eintrat.

Also bei **52** Fällen trat **15** mal der Tod ein, wobei jedoch 4 Fälle unberücksichtigt bleiben müssen, mithin von **48** Fällen **15** mal *exitus letalis*, also in 30%.

Vom Jahre 1875 ab gestaltete sich das Verhältniss folgendermassen:

2 subacute Fälle endeten mit völliger Genesung.

Von 8 acuten Fällen endeten **2** mit Tod, doch muss hierbei erwähnt werden, dass beide Male die Ursache des Todes eine Lungenaffection war,
„ 6 mit Heilung nach Verlauf von 1 Monat bis zu 1 Jahr.

Von 11 chronischen Fällen endeten **3** mit dem Tode,
„ 2 mit völliger Heilung, der eine nach 6 Monaten, der andere nach 5 Wochen (Silbermann),
„ 4 mit fast gänzlicher Genesung; die Dauer ist nicht genau angegeben,
bei 2 Fällen fehlen die weiteren Notizen über den Ausgang.

Also bei **21** Fällen trat **5** mal der Tod ein, oder richtiger, da wieder 2 Fälle unberücksichtigt bleiben müssen: bei **19** Fällen **5** mal; dies würde 26,3% ergeben.

Am Schlusse sei es mir noch gestattet, eine kurze Uebersicht der mir bei der eigentlichen Arbeit zu Gebote gestandenen Literatur zu geben:

1) Schmidt's Jahrbücher. Jahrg. 1869—1881.
2) Virchow und Hirsch, Jahresbericht. Jahrg. 1868, ebenso spätere Jahrgänge bis 1881.
3) Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. VI. Aufl.
4) Petersburger med. Zeitschrift. 1875. V. Bd.
5) Dr. C. Gerhardt, Handbuch für Kinderkrankheiten. 1877. II. Bd.
6) Stark's Neues Archiv für Geburtshülfe. Bd. III.
7) Hufeland's Journal. Bd. XIV.
8) D. Carl Bernhard Fleisch, Handbuch über die Krankheiten der Kinder und über die med.-phys. Erziehung derselben bis zur Mannbarkeit. 1803. I.
9) J. C. L. Reddelin, Lübeck und Leipzig 1802, Sammlung kleiner Abhandlungen und Beobachtungen über die Rose der neugebornen Kinder und die Verhärtung des Zellgewebes.
10) N. Chambon, Maladies des Enfants. Paris. An VII. I.
11) Hufeland, Abhandlung über Scrophelkrankheiten.
12) Nathan Hulme, Mém. de la Soc. de Méd. Tom. VIII.
13) Dr. v. Niemeyer, Lehrbuch der sp. Path. u. Ther. II.
14) Henle, Handbuch der ration. Pathologie.
15) Berl. Klin. Wochenschrift. XIV. und andere.
16) Wiener med. Presse. XVIII. und andere.
17) Virchow, Handbuch der sp. Path. u. Ther. III. 2.

Druck von Barth & Co., Dresden, Landhaus-Strasse 1.